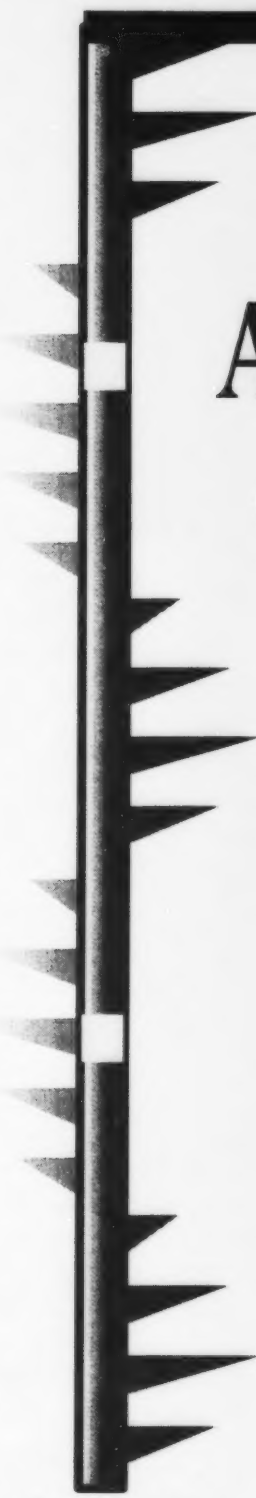




Health Santé
Canada Canada



Moving Toward A Quality Health System: Key Challenges and Strategies

Report of a Workshop

Canada

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

For additional copies, please contact:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tel: (613) 954-5995
Fax: (613) 941-5366

This publication can be made available in/on computer diskette/
large print/audio cassette/braille, upon request.

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 1998
Cat. N° H39-455/1998
ISBN 0-662-63902-2

MOVING TOWARD A QUALITY HEALTH SYSTEM: KEY CHALLENGES AND STRATEGIES

*Co-sponsored by Health Canada and
The Canadian Medical Association*

**REPORT OF A WORKSHOP
HELD IN OTTAWA**

June 22, 1998

PREPARED BY:

Pamela Thompson
INPRO CONSULTING INC.

Table of Contents

Introduction	1
Vision of a Quality Health System	2
Key Issues and Concerns Related to Moving Toward a Quality Health System	2
Small Group Work	3
GROUP 1: <i>Information Systems, Evidence and Evaluation</i>	3
GROUP 2: <i>Participation, Partnership, and, Collaboration</i>	6
GROUP 3: <i>National Vision, Goals, Policy and Measurement</i>	7
GROUP 4: <i>Access</i>	8
GROUP 5: <i>Accountabilities with Rights and Responsibilities</i>	10
Participatory Evaluation	15
Concluding Remarks	15
 Appendices	
Appendix A: <i>List of Participants</i>	17
Appendix B: <i>Agenda</i>	21
Appendix C: <i>Vision of a Quality Health System</i>	23
Appendix D: <i>Key Issues and Concerns Related to Moving Toward a Quality Health System</i> . . .	27

MOVING TOWARD A QUALITY HEALTH SYSTEM: KEY CHALLENGES AND STRATEGIES

Introduction

The workshop "Moving Toward a Quality Health System: Key Challenges and Strategies", co-sponsored by Health Canada and the Canadian Medical Association, took place on June 22, 1998 in Ottawa. Participants included representatives from federal and provincial ministries of health, health-related nongovernmental organizations, consumer groups, national health professional associations and their provincial counterparts (refer to Appendix A for the list of participants).

The objectives of the workshop were to provide participants the opportunity to:

- Develop a common understanding of what a quality health system includes;
- Identify key issues and concerns related to moving toward a quality health system; and to
- Identify priority areas for action and suggested strategies for moving forward.

This report provides an outline of the workshop and the processes used, as well as a detailed synopsis of the outputs of the day. This participatory workshop was designed and facilitated with the assistance of Pam Thompson of InPro Consulting. See Appendix B for the workshop agenda. The report is intended to be useful to workshop participants, their organizations and others interested in health system development. It is hoped the document will move forward the thinking and work in this area and serve as a catalyst for future collaborative initiatives among the various stakeholders involved.

Welcome and Background to the Day

Barbara Ouellet, Director, Quality Care Group, Health Canada and Dr. Peter Vaughan, Director, Professional Affairs Directorate, Canadian Medical Association, welcomed participants on behalf of their organizations. They both acknowledged the good work that had been done in the quality area to date and the importance of building on this work, and identifying how the various groups in attendance could work together to further advance the development of our health system. They encouraged the group to be open and creative and wished them a stimulating and productive day.

Vision of a Quality Health System

Participants were asked to brainstorm what a quality health system included from their various perspectives. Their brainstormed list is attached in Appendix C. The group noted that a quality Canadian health system is a client-centred, integrated, responsive and cost-effective system that includes the continuum of care from health promotion and prevention to acute and long term care. It enables all consumers to access a range of sensitive practitioners and services of their choice (including alternative practitioners) regardless of geographic location or cultural background. The system is based on a regular assessment of people's needs (versus wants), monitors itself based on a philosophy of continuous quality improvement and has safeguards in place to ensure privacy and confidentiality of health information.

Key Issues and Concerns Related to Moving Toward a Quality Health System

Participants were asked to identify their key issues and concerns related to moving toward the quality health system they had previously visioned. They were asked to preface their responses with "how to" or "I wish". Their brainstormed list of responses is included in Appendix D.

Themes

Participants were then asked to identify the key themes from the previous brainstormed list. They were asked to prioritize the themes based on the following criteria:

- A1 - Critical or Essential for Moving Forward
- A - Very Important
- B - Important
- C - Nice to have; a luxury.

The themes follow categorized as the group prioritized them.

A1:

- Information Systems, Evidence and Evaluation
- Participation, Partnership and Collaboration
- National Vision, Goals, Policy and Measurement (definition of health care and the system; choice of provider and patient/consumer; comprehensiveness and scope; federal leadership)

- Access (getting care where you want it)
- Accountabilities with Rights and Responsibilities

A:

- Financial Issues
- Public Education
- Education, Training and Licensing
- Moral and Ethical Issues (confidentiality and privacy issues)

It is important to note that the group did not identify any "Bs" or "Cs" from the themes above but believed them all of them to be critical or very important for moving forward.

Small Group Work

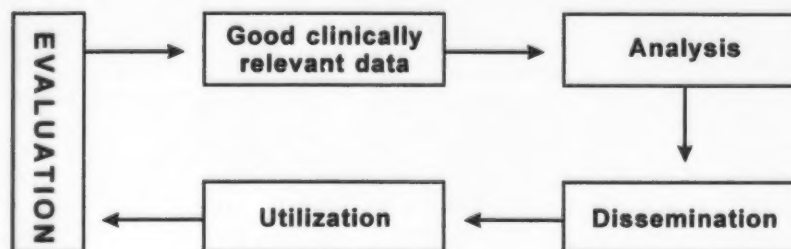
Participants had been pre-assigned to one of five small groups to ensure a mix of sectors and organizations in each group. Each small group also had a trained facilitator and recorder and was assigned one of the A1 themes previously noted.

Each small group began "fleshing out" the group theme (e.g. what it meant), then moved to developing a set of strategies and recommended actions, including who to involve to move forward (in that theme area) toward a quality health system. The following summaries provide highlights of each group's work.

GROUP 1: *Information Systems, Evidence and Evaluation*

This group acknowledged the need to collect more health information to enhance decision-making and quality in the health system. They saw health information expanding patient/consumer choice, improving practitioner accountability and clarifying expectations/outcomes. They acknowledged the importance, yet difficulty, of collecting qualitative as well as quantitative data. For example, they noted the challenge yet importance of measuring qualitative aspects of care, outcomes, functionality, reduced pain, and patient satisfaction. Getting the right information in the hands of decision makers was emphasized and the need to expand the type of data collected beyond administrative data to encompass a broader view. They noted that evaluation is in the eye of the beholder; (i.e. it depends on your perspective). There is a need to link the information collected with analysis and ensure it is disseminated to the right individuals and utilized to improve the system as depicted in Figure 1 below.

Figure 1



There is a need for evaluation at all levels e.g. macro (federal, provincial, regional and community), meso (within organizations, facilities and institutions), and micro (among health care professionals, other providers and care recipients). Long-term longitudinal data collection, evaluation and analysis is required and there is a need for coordination of the information collected at the national level and making available and communicating that information to all stakeholders.

There is a need to address the role of both the public and private sectors in this area. The question arose as to who should be responsible for evaluating the system. The group felt strongly that reliable, objective, unbiased, third-party armslength evaluator(s) should be used and that the evaluation should be funded by both the public and private sectors.

The privacy and confidentiality of health information and the role for national leadership in this area was discussed. The need to utilize the evidence/data collected (e.g. not just to collect data for its own sake but to analyze and disseminate it in various ways depending on the target audience). There is a need to educate people regarding the value of the collection and analysis of evidence, as this process often has a very long term pay-off or return on investment.

SUGGESTED ACTIONS: INFORMATION SYSTEMS, EVIDENCE AND EVALUATION

SUGGESTED ACTIONS/STRATEGIES	WHO TO INVOLVE
• Create a national population health institute or network to analyze, draw conclusions and make recommendations for future action.	• Build on Canadian Institute for Health Information (CIHI), Statistics Canada and provincial organizations like the Institute for Clinical & Evaluative Sciences (ICES). Providers, consumers, patients, NGOs, not-for-profit groups, research organizations, & regional health authorities should be involved in the governance structure.
• Conduct a nation-wide survey on Alternative Health.	• Statistics Canada
• Put information into hands of providers, patients, consumers, decision-makers.	• CIHI, Stats Canada, ICES, providers, consumers, NGOs, not-for-profit groups, research organizations & regional health authorities
• Conduct research on alternative methods of health care (because the hypothesis is that it is more cost-effective) e.g. 1) Research on effectiveness; 2) Baseline population information.	• As above
• Develop strategies for developing standards for patient records and information systems and health infrastructure systems.	• CIHI, Stats Canada, ICES, providers, consumers, NGOs, not-for-profit groups, research organizations & regional health authorities
• Enact national privacy legislation.	• As above
• Build a web site that provides access to relevant, user-friendly health information/data in real-time to the public, health providers, researchers, decision-makers.	• As above
• Determine what strategies work best for the dissemination and utilization of information/evidence.	• As above

GROUP 2: *Participation, Partnership, and, Collaboration*

The need for broad based participation in the development of a quality health system was noted as well as being transparent (with no "hidden" agendas), having clear objectives and depoliticizing the process if possible.

The importance of developing some guiding principles that would underpin any consultation process regarding the health system was emphasized by this group. Two such principles might be:

- Not all consumers will have the same expectations; therefore, the system must be flexible.
- Consultation should be founded on an evidence base.

SUGGESTED ACTIONS: PARTICIPATION, PARTNERSHIP AND COLLABORATION

SUGGESTED ACTIONS/ STRATEGIES	WHO TO INVOLVE
• Obtain feedback from the public on what fundamentals should be included in a public health system.	• Impartial agency or optimal combination of agencies
• Decide who should obtain this feedback and who should be asked for it.	• "Super champions" to be determined
• Define the process of collaboration, including barriers to the process.	• The champions (i.e. key influencers who take up a particular cause and vigorously promote it within their circle of influence)
• Gather information through a variety of innovative methods: (e.g. focus groups, polling, surveys, the Internet, non-traditional organizations, town hall meetings).	• The champions

GROUP 3: *National Vision, Goals, Policy and Measurement*

This group acknowledged that a number of vision papers had been drafted by various provinces and other groups; however, there was a need to develop a national vision of the health system that had broad involvement in its development. A consultative, consensus-building process should be used to develop the vision that involves asking the Canadian public (as well as other groups) what they really want to improve their health and what the delivery structure might look like. The new vision would need to reflect the perspectives of all key constituencies.

It was believed the new vision should go beyond the Canada Health Act and be broader than insured services including Home care, Pharmacare and Long Term Care, various prevention and health promotion services, as well as a range and choice of providers. It should also take into consideration the growth of complementary medicine.

The group acknowledged the challenge of "getting" a national vision down to the provincial and regional levels; going "beyond the concepts" and making it "real" to people. They noted that turf wars make implementing visions difficult. After the vision is developed, there is a need to implement key aspects of the vision and that will involve clearly defined roles and responsibilities at federal as well as provincial and local levels. In addition, indicators and evidence should be linked to funding; (e.g. the fund based on population in Saskatchewan). The group recommended a set of national standards and a number of performance indicators (rather than outcome indicators) as part of a monitoring system that were both system-wide and program/sector specific such as: mortality and morbidity rates, waiting times, patient satisfaction. They noted a need to set short, medium, and long term goals plus accountabilities and timeframes, as well as a need for incentives in the system.

The issue of affordability was raised, what the public purse can afford, and who will make this decision. Public input was required to make this decision.

There is a need to define core* and comprehensive ** services; and to develop to a process to do this {*evidence - based; includes pilot projects, transparency; affordability; **accountability}.

SUGGESTED ACTIONS: NATIONAL VISION, GOALS, POLICY AND MEASUREMENT

SUGGESTED ACTIONS/ STRATEGIES	WHO TO INVOLVE
• Conduct a broad based consultation process to develop a national vision of the health system.	• Provincial and federal governments • Consumers • Health providers • Health and information system experts • Key national organizations
• Develop a set of national performance indicators to assist in implementing the vision.	• Provincial and federal governments • Health providers
• Educate the public/empower patients regarding the performance indicators. • Conduct pilots/evaluation studies.	
• Put in place an accreditation process for the health system that is packaged as indicators that would be available to the public.	

GROUP 4: Access

The group defined access as the ease with which the client/community obtains required/desired services in the most appropriate setting within a timely and reasonable timeframe. They noted that *ease* means different things to different people and groups; that programs that discourage access must be recognized; and needs assessments should be conducted across population groups. They identified that one can't assume access is always positive for some clients; it can be problematic. It is important to have a balance between services that are demanded and those that are needed.

The group approached the issues related to Access by discussing: who needs access, to what, why, how and when. Their key points are noted below.

Who: all sectors of the population; a geographic mix; the disadvantaged/disabled (e.g. people living in poverty); well people; different ethnocultural groups; and transgenerational groups.

What is a system (all key stakeholders/sectors). It includes:

- Hospital and physician services
- Community based services (e.g. public health; community services)
- Non-insured services
- other well being services.

Why: because of the Canada Health Act; it is ethically and morally right; equitable; to provide choice; to prevent illness, injury; therefore, it is cost effective. Access is important:

- To maintain health; and
- To restore health.

How: various settings and types of services (e.g. primary health care; institutional care; alternative care; community health system)

When: necessary; appropriate medical interpretation of patient needs is often not accurate and should not be the only assessment (e.g. with mental health clients); early identification and intervention; prevention and promotion (before illness or injury occurs); readily accessible.

The group acknowledged that Access for them meant ready access to the right source on time; NOT on demand, at any cost.

WHAT ACCESS IS AND ISN'T

Isn't	Is
• At any cost • On demand • Advantageous to one section of the population • Constrained by jurisdictions	• Ready access to right services on time • Denied to those who don't need it • Able to accommodate choices within a range of options • Able to recognize the role of all sectors of the system • Practical

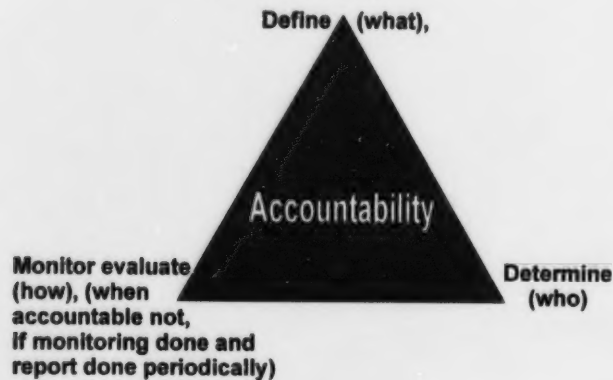
SUGGESTED ACTIONS: ACCESS

SUGGESTED ACTIONS/ STRATEGIES	WHO TO INVOLVE
• Develop a human resources plan to provide appropriate health services (e.g. services available within a safe and reasonable time).	• Planners, policy makers, funders, health care providers
• Ensure physical facilities are accessible for the disabled.	• Planners, policy makers, funders, health care providers
• Remove attitudinal barriers (on the part of providers) related to disabled persons and other disadvantaged groups.	• Providers, health care professionals, educators
• Deter unnecessary access through public education regarding the use of services and the importance of prevention.	• Planners, health care professionals, policy makers
• Make the system culturally sensitive/ appropriate to improve access (i.e. reduce language barriers)	• Planners, policy makers, ethno-cultural groups

GROUP 5: *Accountabilities with Rights and Responsibilities*

This group noted it was important to understand and be aware of who is accountable for what within the health system. For example there are certain accountabilities and responsibilities for providers, for patients, for communities and for governments. They believe that currently some patients are "slipping through the cracks" because the system does not have clearly defined accountabilities and there is a lack of integration between the various services and providers. They identified a need to change our current health system philosophy from "practitioner-focused" accountability to "client-centred" accountability. The group discussed that due to the complexity of the current health system the accountabilities have been diluted. They identified the need to monitor and regularly report to the public on the state of the health system in language the public can understand. Figure 2 below depicts the 3 main aspects of a "client-centred" accountability system.

Figure 2



SUGGESTED ACTIONS: ACCOUNTABILITIES WITH RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

SUGGESTED ACTIONS/ STRATEGIES	WHO TO INVOLVE
• Develop a national report card that translates to regional, provincial and national levels.	• Use existing provincial resources/information or create a body at another level.
• Name an independent auditor (independent of government) who would provide leadership in the development of the criteria on which a set of indicators for monitoring the health system would be based.	• Nominated by federal and provincial jurisdictions.
• Develop a set of indicators to monitor the health system.	• Expert working group develops indicators that are then validated by the public in a consultation process.
• Inform/educate the public about the indicators • Regularly monitor the health system and ensure that changes are made based on evaluation findings.	• All levels of government and existing nongovernmental organizations involved in measurement.

Collective Next Steps

Following presentations by each small group, a plenary session was facilitated that invited participants to identify collaborative activities that could be undertaken within the next year to move toward a quality health system. What follows is a list of collective actions the group developed with accountabilities included.

Activity	Accountability	Timeframe
• Conduct research that examines models (e.g. consultation processes and participatory evaluations) that effectively involve multiple stakeholders (preferably models that have been evaluated). Want something practical rather than academic.	Funded by Federal and Provincial governments but do an open call	Within next 12 months i.e. by June 30/99
• Expand the mandate of CIHI to encompass a national population health institute or network incorporating the capacity of Stats Canada, provincial health research centres (e.g. the Institute of Clinical Evaluative Sciences) that are armslength from government.	To governance body and funded by Federal, Provincial and Territorial governments	Within the next 12 months
• Develop a process to agree on national data architecture (framework for computer hardware and software) standards.	Federal, Provincial and Territorial governments and data providers (e.g. hospitals, national health professional associations, hardware and software vendors)	Within the next 12 months

Activity	Accountability	Timeframe
Examine whether there is a demand arising for report cards (e.g. where the demand is coming from and whether it will be necessary in the future. Conduct a "think tank" to decide relevance of report cards, how to proceed and what should be included.)	CCHSA, Health Canada	Within next 12 months
Consolidate and build on existing evidence regarding Canadians' expectations and values for a publicly funded health care system (e.g. what the system should include and be responsible for) <i>Build transparency and objectivity into the process.</i>	Funded by government but accountable to an objective Board	Within next 12 months
- Develop processes for: - Establishing National health goals - Establishing national health care standards - Tracking wait times in key* program areas (e.g. emergency departments & continuing care) * strategic points of system; not all	- Health Canada with broad-based participation - Health Canada in partnership with provinces - Provincial governments with Health Canada playing a coordinating role and regions, clinicians and consumer groups playing a contributory role.	Complete by June 1999 Process in place within 12 months Process in place within 12 months
Develop strategies for information sharing (what we know) among stakeholders involved in health care in Canada.	All groups involved in today's workshop	Within next 12 months

Activity	Accountability	Timeframe
• Begin to find new ways of sharing information to ensure everyone is on a level playing field; (e.g. Health Canada's commissioned research synthesis projects) with consumers, providers, data collection agencies, governments (e.g. Highlight and make some sense of important, existing information)		Within next 12 months
• Identify gaps in the provision of health care services and quality health information for: - Rural/remote populations (build on regional work on community health needs assessments; Manitoba) - Disabled, disadvantaged groups - Ethnically diverse populations - Aboriginal populations	• Society of Rural Physicians of Canada • Community groups (e.g. ARCH, Council of Canadians with Disabilities) • Canadian Council on Multicultural Health • Aboriginal Nurses Association, Assembly of First Nations, Women's organizations, Community Resource Centres	ALL below within next 12 months

Participatory Evaluation

A group evaluation of the workshop was facilitated in plenary and what follows is the group's feedback.

What I liked	Concerns	Suggestions for the future
• Opportunity to meet variety of people from across the country (confirmed and increased my confidence regarding this area) • Issue Analysis • Energy level of facilitator	• Didn't help us understand the complexity/depth of the issues • Difficult to assign accountabilities to issues	• Possible future workshop in one year to move the agenda forward • Get Industry involved in this discussion • Increase focus of agenda to consider smaller questions in greater depth

Concluding Remarks

Dr. Peter Vaughan and Barbara Ouellet thanked the group for their participation and shared their enthusiasm about the day. They also acknowledged that the report of today's workshop would be distributed to participants in late August, early September. They encouraged participants to share the document with colleagues and looked forward to further discussion and collaboration on a number of the activities and suggestions offered by participants.

Appendix A: List of Participants

Ms. Margaret Munro

Federated Women's Institutes of Canada
18 Catherwood Court
Kanata, ON K2K 2K1
Tel: (613) 591-5590

Dr. Catherine Younger-Lewis

Federation of Medical Women of Canada
283 King Street
Almonte, ON K0A 1A0
Tel: (613) 256-2738

Mr. K.P. Aujlay

Executive Director
Canadian Council on Multicultural Health
Chalmer's Personal Care
1450 West 12th Avenue
Vancouver, B.C. V6H 1M9
Tel: (604) 731-3178

Ms. Sandra MacDonald-Rencz

Director
Policy, Regulation and Research
Canadian Nurses Association
50 The Driveway
Ottawa, ON K2P 1E2
Tel: (613) 237-2133

Ms. Marlene Ghattas

Director of Nursing
Canadian Healthcare Association
3045 Baseline Road
Nepean, ON K2H 8P4
Tel: (613) 721-4700 Ext. 2915

Dr. Taylor Alexander

President & Chief Executive Officer
Canadian Association for Community Care
45 Rideau Street, Suite 701
Ottawa, ON K1N 5W8
Tel: (613) 241-7510

Mr. Leroy Fevang

Executive Director
Canadian Pharmacists Association
1785 Alta Vista Drive
Ottawa, ON K1G 3Y6
Tel: (613) 523-7877

Mrs. Elma G. Heidemann

Executive Director
Canadian Council on Health Services
Accreditation
1730 St. Laurent Blvd., Suite 430
Ottawa, Ontario K1G 5L1
Tel: (613) 737-3806

Ms. Nancy Quattrocchi

Director
Administration and Finance
Canadian Coordinating Office of Health
Technology Assessment
110-955 Green Valley Crescent
Ottawa, ON K2C 3V4
Tel: (613) 226-2553

Mr. Denis Jeans

C/O Mr. Denis Morrice
President
The Arthritis Society
393 University Avenue, Suite 1700
Toronto, ON M5G 1E6
Tel: (416) 979-7228

Ms. Bonnie Pape

Canadian Mental Health Association
2160 Yonge Street
Toronto, ON M4S 2Z3
Tel: (416) 484-7750

Dr. Barbara Whyllie

Director
Medical Affairs and Cancer Control
National Cancer Institute
10 Alcorn, Suite 200
Toronto, ON M4V 3B1
Tel: (416) 961-7223

Ms. Kathleen Connors

Vice-President
Canadian Labour Congress
2841 Riverside Drive
Ottawa, Ontario K1V 8X 7
Tel: (613) 521-3400

Mr. Paul MacDonald

Senior Research Officer
Health Services Utilization Research
Commission
Box 46, 103 Hospital Drive
Saskatoon, SK S7N 0W8
Tel: (306) 655-1505

Ms. Janet Robertson

Director of Public Affairs
Medical Society of Nova Scotia
5 Spectacle Lake Drive
City of Lakes Business Park
Dartmouth, NS B3B 1X7
Tel: (902) 468-1866

Ms. Mary Jane Hampton

Executive Director
Strategic Planning and Policy Development
Department of Health
Joseph Howe Building
1690 Hollis Street, 4th Floor
P.O. Box 488
Halifax, NS B3J 2R8
Tel: (902) 424-3732

Ms. Lynn Baker

Consultant
Standards, Monitoring and Program
Evaluation
Manitoba Health
Room 402A - 800 Portage Avenue
Winnipeg, Manitoba R3G 0N4
Tel: (204) 945-3997

Ms. Louise Ogilvie

Manager
Information Management and Standards
Canadian Institute for Health Information
377 Dalhousie Street, Suite 200
Ottawa, ON K1N 9N8
Tel: (613) 241-7860 Ext. 4014

Dr. Catherine Cook

Medical Services Branch
300-391 York Avenue
Winnipeg, MB R3C 4W1
Tel: (204) 983-4960

Ms. Patricia Hoes

Acting Director
Medical Services Branch
First Nations and Inuit Health Programs
20th Floor, Room 2093D
Jeanne Mance building
Ottawa, ON K1A 1B4
Tel: (613) 957-8367

Ms. Johanne Irwin

Physician Services Consultant
Department of Health and Social Services
16 Garfield Street
Charlottetown, PEI C1A 7N8
Tel: (902) 368-6736

Ms. Barbara Brownlee

Research Associate
Conference Board of Canada
255 Smyth Road
Ottawa, ON K1H 8M7
Tel: (613) 526-3280

Docteur Michelle Gagné

Directrice générale
Association médicale du Québec
660-1000, rue de la Gauchetière ouest
Montréal, Québec H3B 4W5
Tel: (514) 866-0660

Madame Elsa Salomon

Responsable
Qualité de l'information
Association médicale du Québec
660 - 1000 rue de la Gauchetière ouest
Montréal, Québec H3B 4W5
Tel: (514) 866-0660

Madame Denise Lemire

Fédération nationale des femmes
canadiennes françaises
300-450 Rideau Street
Ottawa, ON K1N 5Z4
Tel: (613) 241-3500

Dr. Tanis Day

Alliance of Five Research Centres on
Violence
Centre for Research on Violence Against
Women and Children
85 David Street
Kitchener, ON N2G 1Y1
Tel: (519) 744-6231

Mr. Allan McCulloch

National Secretary
One Voice Seniors
350 Sparks Street, Bureau 1005
Ottawa, ON K1R 7S8
Tel: (613) 238-7624

Mr. William Tholl

Executive Director
Heart and Stroke Foundation of Canada
222 Queen Street, Suite 1402
Ottawa, ON K1P 5V9
Tel: (613) 241-4361

Ms. Dianne Steele

Canadian Diabetes Association
15 Toronto Street, Suite 800
Toronto, ON M5C 2E3
Tel: (416) 363-0177 Ext. 551

Barbara Ouellet

Director
Quality Care Group
Health Policy and Information Directorate
Policy and Consultation Branch
Health Canada
Room 1434B, Brooke Claxton building
Postal Locator 0914B
Tunney's Pasture
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel: (613) 954-1930

Ms. Patty Bregman

Staff Lawyer and Health Mentor
Council for Canadians with Disabilities
c/o ARCH
40 Orchardview Blvd., Suite 255
Toronto, ON M4R 1B9
Tel: (416) 482-8255

Joseph Diamond

Acting Manager
Health Systems Division
Health Promotion and Programs Branch
Health Canada
Room 1700A, Jeanne Mance building
Postal Locator 1917D
Tunney's Pasture
Ottawa, ON K1A 1B4
Tel: (613) 954-8640

Dr. Victor Dirnfeld

President
Canadian Medical Association
1867 Alta Vista Drive
Ottawa, ON K1G 3Y6
Tel: (613) 731-8610

Dr. Peter Vaughan

Director
Professional Affairs Directorate
Canadian Medical Association
1867 Alta Vista Drive
Ottawa, ON K1G 3Y6
Tel: (613) 731-8610

Pauline Chartrand

Senior Policy Advisor
Home Care Development
Health Canada
Room 1364D, Brooke Claxton building
P.L. 0904A
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel: (613) 941-9854

Mr. Stephen Chase

Department of Health and Community
Services
Coordinator, Federal Provincial Relations
Planning and Evaluation Division
520 King Street, 7th Floor
Box 5100
Fredericton, NB E3B 5G8
Tel: (506) 444-4050

Ms. Susan Beardall
Senior Project Manager
Research Directorate
Canadian Medical Association
1867 Alta Vista Drive
Ottawa, ON K1G 3Y6
Tel: (613) 731-8610

Ms. Pamela Thompson
President, InPro Consulting Inc.
53 Vaan Drive
Nepean, Ontario K2G 0C4
Tel: (613) 224-3625

Small Group Facilitators:

Glen Brimacombe, CMA
Jan Kirchner, InPro Consulting
Paul Genest, Health Canada
Su Soloway, CMA
Jocelyne Lavergne-Robenhaymer, Health
Canada

Recorders:

John Feeley, CMA
Millicent Toombs, CMA
Sheri Newton, CMA
Janet Mann, Health Canada
Louise Bouchard, Health Canada

Appendix B

Agenda – June 22, 1998, Chateau Laurier

8:30-9:00	Coffee and Muffins
9:00-9:15	Welcome and Background to the Day (Barbara Ouellet, Director, Health Systems, Health Canada and Dr. Peter Vaughan, Director, Professional Affairs, Canadian Medical Association) Introduction of Facilitator Objectives and "Roadmap" for the Day (Pam Thompson, President, InPro Consulting Inc.)
9:15-10:00	Vision of a Quality Health System e.g. <i>what a Quality Health System includes building on pre-circulated documentation</i>
10:00-10:15	BREAK
10:15-11:30	Issue Analysis: "What are the key issues and concerns related to moving toward a Quality Health System?" (structured brainstorm followed by theming and prioritization of themes)
11:30-12:30	Small Group Activity (5 predetermined groups representing a mix of sectors in each with a preassigned facilitator and recorder)
12:30-1:30	LUNCH (together)
1:30-2:45	Small Group Activity (cont'd)
2:45-3:15	Plenary Session: Feedback from Small Groups (5" per group and introduced by Pam Thompson)
3:15-3:30	BREAK
3:30-4:05	The Collective Next Steps (<i>Facilitated by Pam</i>)
4:05-4:15	Concluding Remarks (Barbara Ouellet and Dr. Peter Vaughan)
4:15-4:30	Participatory Evaluation (<i>Facilitated</i>)

Appendix C

Vision of a Quality Health System

A quality health system includes:

- Each Canadian having equal and timely access to our health system regardless of where they live (e.g. urban, rural, etc.)
- An overall guiding vision of health grounded upon the determinants of health
- A balance and integration of services that spans curative, preventive and social care
- Adequate funding
- Standards
- Clear accountabilities
- Being democratic and representative (i.e. everyone at the table including Labour and citizens groups)
- One in which consumers are satisfied with the services they receive
- Incorporates evidence-based decision-making into service provision
- Removing barriers that prevent people with disabilities and other disadvantaged groups from having access to services
- Using measures of quality that reflect people's own values and the quality of their lives, not a third party's interpretation
- A responsive system; responsive to the needs of people accessing the system and also to changes in the environment
- Competency; we need to know how to do things in the best way possible (e.g. from a provider perspective, what's done to help the public contribute to care; and what's done to assist decision-makers)
- Creating three collector lanes: **PEOPLE** (well trained, well-motivated professionals), **PLACES** (well equipped and well managed institutions, homes and work places) and **THINGS** (state of the art technology, including information technology)
- Stimulating and challenging choice (e.g. of **providers** such as physicians, nurse practitioners, midwives, and alternative providers of **settings** and **locations** (e.g. Community Health clinics, solo practices ...))
- Cost-effectiveness

- Depoliticization (i.e. being sensitive to public needs and not based on the interests of politicians); (also depoliticizing the relationship between providers and health care agencies)
- Sensitivity and compassion
- A system that: has boundaries that make it distinctive; has some means of integrating and regulating itself; has multiple constituencies; those constituencies have a common goal or goals
- Support and encouragement of alternative healing practices recognizing that causes of disease are often psycho-spiritual as well as physical; and consumers who take responsibility for doing healing in alternative ways using preventive strategies (e.g. chiropractic) are saving money in the long-term
- Recognizes that there are dozens of alternative healing methods and includes those
- A clear and acceptable definition of health (e.g. WHO definition)
- Health care not just sickness care
- Being outcome-oriented; capable of monitoring itself and measuring its outputs
- Data used for monitoring that is valid and clinically relevant; not just based on administrative data
- A process to continuously improve quality and incentives within the system for doing so
- Appropriate safeguards for privacy and confidentiality of health information
- Adequate federal cash funding to ensure provincial compliance with principles of the Canada Health Act (CHA)
- Moving from an insurance system to an investment system (i.e. moving away from a philosophy that insures against catastrophic costs associated with illness towards one that invests in health; therefore involves making different choices)
- Links between outcomes and clinical relevance and access (to improve access to things that are most important, on the basis of relevance)
- Mechanisms built in for evaluating and improving its efficiency and effectiveness
- A system based on needs versus wants
- Reminding itself there is a place called rural Canada
- Respect and recognition of complementary/alternative medicine (recognizes the cultural mosaic of the Canadian population)
- Practitioners who have been educated about how to prevent and deal with common medical problems and to promote health from standardized medical curricula across Canada

- Fair application of all the principles of the CHA and compliance with all provisions
- Dispute resolution built into the system
- Complementary medicine that is evidence-based
- Safety, efficacy and standardization of alternative remedies
- Determinants of health (e.g. employment for all; housing; social determinants)
- Good information, available in real time and transparent (i.e. available to everyone)
- Informed (educated and knowledgeable) patients able to choose the right providers
- A transparent decision-making process
- A regular assessment of changing population needs
- Always putting the best interests of the patient first.

Appendix D **Key Issues and Concerns Related to Moving Toward a Quality Health System**

- How to set (health) goals for Canada (Canada one of few countries that doesn't have them)
- How to develop a system to measure and monitor the attainment of health goals
- I wish we had a joint vision for the health system in Canada and could get the parties together around the goals and objectives
- I wish the federal government would become more relevant by providing leadership in terms of the establishment of national health policy and national health care standards
- I wish we could restore public confidence in the health system
- How to inform and communicate with the public to restore that confidence
- How to understand what it is we really want the system to do (e.g. health promotion; illness care...)
- How to find a process that will help us to rationalize between need and affordability
- I wish the health system would recognize how important it is to work with other sectors to improve health
- How to effectively work intersectorally
- How to validate and legitimize consumer's knowledge and expertise
- I wish we had equal access to a broad system of services
- How to develop a system of evaluation that is truly inclusive and values all people (e.g. disabled and other disadvantaged groups)
- How to enable provider-related organizations to engage in quality-related activities; (e.g. to understand quality and have the resources to permit their meaningful involvement in quality related activities)
- How to educate the medical profession on alternative methods of healing
- How to create funding for research on alternative practices

- How to create cross-referrals between medical and alternative practitioners
- I wish to recognize violence as a health issue
- I wish to disempower the vested interests of the corporate profit motive from defining the reality of health care
- I wish the system remains publicly funded and increasingly publicly delivered
- I wish provincial departments would leave the sanctity of the CHA intact
- I wish the federal government would restore the funding to the federal transfers (CHST) that have been cut
- I wish the health care system could eliminate the constraints of silo budgeting to recognize the cost-effectiveness of various services that transcend a specific budget
- How to develop a true system of integrated health information
- I wish to have a coordinated process of disseminating reliable and valid data and information to support the public in improving and managing their health
- I wish to ensure health care professionals, caregivers, patient advocates and patients have access to decision support tools based on evidence (e.g. clinical practice guidelines and health information)
- I wish the system can develop a mechanism that is fair, sensible, and effective to evaluate the training and qualifications of foreign trained care providers
- I wish stakeholders would stop assuming there is a direct and consistent relationship between funding and quality
- I wish I understood why evidence does not always translate into practice
- I wish there was better coordination of services both within and across the different boundaries of the health care system (e.g. from hospitals to various different care settings)
- I wish our health care system was based more on a consumer focus rather than a provider focus
- I wish we were more proactive than reactive in our health care system (e.g. more need for preventive and screening programs)
- I wish the relationship between health care professionals and pharmaceutical companies was governed by a code of ethics and was adhered to.

- I wish there was a means for consumers to get more involved in the quality assurance loop rather than relying solely on litigation or filing complaints
- I wish for a clear definition of Medicare in terms of the system, its process and outcomes
- I wish for a clearly written statement of consumer rights and expectations within the health system/Medicare
- How to define a full range of necessary or core services for the purpose of public funding and ensure that the process is adaptable or responsive
- How to engage in meaningful public dialogue that goes beyond special interest groups
- I wish the educational curricula of health care professionals was revised to make it more culturally sensitive.



Santé Health
Canada Canada

Vers un système de santé de qualité : Défis et stratégies

Rapport sur un atelier

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette,
en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998
N° de cat. H39-455/1998
ISBN 0-662-63902-2

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ : DÉFIS ET STRATÉGIES

***Co-parrainé par Santé Canada
et l'Association médicale canadienne***

RAPPORT SUR UN ATELIER TENU À OTTAWA

le 22 juin 1998

PRÉPARÉ PAR :

**Pamela Thompson
INPRO CONSULTING INC.**

Table des matières

Introduction	1
Vision d'un système de santé de qualité	2
Questions et problèmes à résoudre dans la progression vers un système de santé de qualité	2
Ateliers en petits groupes	3
GROUPE 1 : <i>Systèmes d'information, données et évaluation</i>	4
GROUPE 2 : <i>Participation, partenariat et collaboration. . .</i>	7
GROUPE 3 : <i>Vision, objectifs, politiques et mesures à l'échelle nationale</i>	8
GROUPE 4 : <i>Accès</i>	9
GROUPE 5 : <i>Définition des droits et des responsabilités . . .</i>	12
Évaluation des ateliers	17
Conclusion	18
Annexes	
Annexe A : <i>Liste des participants</i>	20
Annexe B: <i>Ordre du jour</i>	25
Annexe C <i>Vision d'un système de santé de qualité</i>	27
Annexe D <i>Questions et problèmes à résoudre dans la progression vers un système de santé de qualité</i>	31

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ : DÉFIS ET STRATÉGIES

Introduction

L'atelier «Vers un système de santé de qualité : Défis et stratégies», co-parrainé par Santé Canada et l'Association médicale canadienne, s'est tenu le 22 juin 1998 à Ottawa. Les participants étaient des représentants des ministères de la Santé fédéral et provinciaux, d'organisations non gouvernementales du domaine de la santé, de groupes de consommateurs, d'associations professionnelles du domaine de la santé à l'échelle nationale et provinciale (voir l'Annexe A pour la liste des participants).

L'atelier avait pour objectif de permettre aux participants de :

- Définir les éléments consensuels que devrait comprendre un système de santé de qualité.
- Identifier les principaux problèmes et questions liés à la progression vers un système de santé de qualité.
- Identifier les domaines nécessitant des interventions prioritaires et de proposer des stratégies pour aller de l'avant.

Le présent rapport offre un aperçu du contenu et du déroulement de l'atelier ainsi qu'un compte rendu détaillé des résultats issus de la rencontre. Cet atelier participatif a été conçu et animé avec l'aide de Pam Thompson, de InPro Consulting. (Voir l'Annexe B pour l'ordre du jour de l'atelier.) Le rapport est destiné à être utile aux participants à l'atelier, à leurs organisations et aux autres intervenants désirant participer au développement du système de santé. Nous espérons qu'il fera progresser la réflexion et le travail sur la question et suscitera des initiatives de collaboration chez les différents intervenants.

Accueil des participants et déroulement des activités

Barbara Ouellet, Directrice, Groupe pour la qualité en soins de santé, Santé Canada et le Dr Peter Vaughan, Directeur, Direction des affaires professionnelles, Association médicale canadienne, ont accueilli les participants au nom de leurs organisations respectives. Tous deux ont souligné l'excellent travail qui a été fait dans le domaine de la qualité jusqu'à présent et ont mis l'accent sur l'importance de poursuivre le travail, en réfléchissant sur les manières dont les divers groupes représentés pourraient conjuguer leurs efforts afin de poursuivre le développement du système de santé canadien. Pour finir, ils ont enjoint aux membres du groupe de faire preuve d'ouverture et de créativité et leur ont souhaité une journée stimulante et productive.

Vision d'un système de santé de qualité

Les participants ont été invités à nommer, dans le cadre d'une séance de remue-méninges, les éléments qui, selon leur point de vue respectif, devraient faire partie intégrante d'un système de santé de qualité. Le résultat de cette séance de remue-méninges est présenté à l'Annexe C. Le groupe a fait remarquer qu'un système de santé canadien de qualité est un système axé sur les clients, intégré, réceptif, ayant un bon rapport coût/efficacité et qui est représentatif du continuum des soins de santé - de la promotion et de la prévention de la santé aux soins aigus et à long terme. Il doit permettre à tous les consommateurs d'avoir accès à un éventail de services et de professionnels réceptifs de leur choix (y compris à des professionnels des médecines douces), sans égard à leur situation géographique ou culturelle. Le système devrait être fondé sur une évaluation régulière des besoins des personnes (comparativement aux désirs) et être doté d'un mécanisme d'auto-surveillance permettant une amélioration continue de la qualité ainsi que de dispositifs de protection garantissant la confidentialité et la protection des renseignements de santé personnels.

Questions et problèmes à résoudre dans la progression vers un système de santé de qualité

Les participants ont été invités à identifier les questions et les problèmes associés à la progression vers un système de soins de santé de qualité conformément à la vision préalablement définie. Les réponses devaient être formulées sur le modèle «Comment faire pour que...» ou «Il faudrait que...». La liste des réponses fournies au cours de la séance de remue-méninges figure à l'Annexe D.

Thèmes

Les participants ont ensuite été invités à identifier les thèmes centraux dégagés à partir de la liste de remue-méninges antérieure. Ils ont été appelés à établir un ordre de priorités des thèmes en fonction des critères suivants :

- A1 - Essentiel ou crucial pour l'évolution du dossier
- A - Très important
- B - Important
- C - Bon à avoir; un luxe

Voici les thèmes regroupés selon leur ordre de priorité.

A1 :

- Systèmes d'information, données et évaluation.
- Participation, partenariat et collaboration.
- Vision, objectifs, politiques et mesure à l'échelle nationale (définition des soins de santé et du système; choix des fournisseurs et des patients/consommateurs; exhaustivité et étendue; leadership fédéral).
- Accès (capacité de recevoir des soins là où on le veut).
- Définition des droits et des responsabilités.

A :

- Questions financières.
- Enseignement public.
- Éducation, formation et permis.
- Questions morales et éthiques (confidentialité et protection des renseignements personnels).

Il est important de noter que le groupe n'a inclus aucun des éléments précités dans les groupes B et C, considérant qu'ils sont tous très importants, voire essentiels, à l'évolution du dossier.

Ateliers en petits groupes

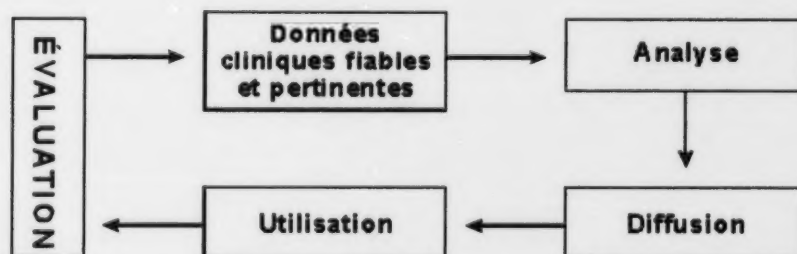
Les participants ont été divisés en cinq groupes constitués de manière à assurer un équilibre entre les divers secteurs et organisations représentés. Chaque petit groupe, placé sous la gouverne d'un animateur et d'un rapporteur expérimentés, avait pour mission de réfléchir sur un des thèmes du groupe A1 mentionné précédemment.

Après avoir bien défini le thème, les participants se sont appliqués à élaborer un ensemble de stratégies et de mesures recommandées, y compris la définition des intervenant dont il faudrait solliciter la participation au processus pour avancer sur la voie d'un système de santé de qualité dans le cadre du thème précité. Le lecteur trouvera ci-après un compte rendu du travail de chaque groupe.

GROUPE 1 : *Systèmes d'information, données et évaluation*

Ce groupe a souligné le besoin de recueillir davantage d'information sur la santé en vue d'améliorer le processus de prise de décision et la qualité à l'intérieur du système de santé. L'information relative à la santé devrait entraîner un élargissement du choix pour le patient/consommateur, une responsabilisation accrue des professionnels et une clarification des attentes/résultats. Les participants ont insisté sur l'importance, ainsi que la difficulté, de colliger des données qualitatives autant que quantitatives. Par exemple, ils ont souligné le défi et l'importance de mesurer les aspects qualitatifs des soins, des résultats, de la fonctionnalité, de la réduction de la douleur et de la satisfaction des patients. On a mis l'accent sur l'importance d'acheminer l'information pertinente aux décideurs et d'élargir le type d'information recueillie au-delà des simples données administratives afin d'obtenir un tableau plus détaillé de la situation. On a noté que l'évaluation dépend de la perspective de l'évaluateur. Il est important de faire le lien entre l'information colligée et l'analyse et de veiller à ce qu'elle soit communiquée aux bonnes personnes et effectivement utilisée en vue d'améliorer le système, selon ce qui est illustré dans la figure 1 ci-dessous.

Figure 1



Il existe un besoin d'évaluation à tous les niveaux, que ce soit le niveau macroscopique (aux échelons fédéral, provincial, régional et communautaire), mésoscopique (au sein des organisations, des établissements et des institutions) et microscopique (au niveau des professionnels de la santé, des autres fournisseurs et des utilisateurs des soins de santé). Il faudra recueillir des données longitudinales à long terme, les évaluer et les analyser, puis coordonner l'information obtenue au niveau national, la rendre disponible et la communiquer à tous les intervenants.

Il faudra se pencher sur le rôle des secteurs public et privé dans ce domaine. La question se pose de déterminer à qui incombera la responsabilité de l'évaluation du système. Le groupe estime qu'il est hautement souhaitable de confier cette tâche à un ou plusieurs évaluateurs externes fiables, objectifs et impartiaux et que l'évaluation soit financée conjointement par les secteurs public et privé.

On a soulevé les questions de la protection de la vie privée et de la confidentialité de l'information de santé et du rôle du leadership national en la matière. La cueillette des données devra être motivée par un besoin d'utilisation; les données ne devront pas être recueillies sans justification, mais devront être analysées et diffusées selon une modalité déterminée en fonction de l'auditoire cible. Il faudra en outre sensibiliser les personnes au sujet de la valeur de la collecte et de l'analyse des données, processus dont les retombées sont éminemment lointaines.

MESURES PROPOSÉES : SYSTÈMES D'INFORMATION, DONNÉES ET ÉVALUATION

MESURES/STRATÉGIES PROPOSÉES	PARTICIPANTS
• Créer un institut ou un réseau national de santé de la population ayant pour mission d'analyser les données, de tirer des conclusions et de faire des recommandations en conséquence.	• Faire appel à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), à Statistique Canada et à des organisations provinciales telles que l'<i>Institute for Clinical Evaluative Sciences</i> (ICES). La structure administrative devrait inclure des fournisseurs, des consommateurs, des patients, des ONG, des groupes sans but lucratif, des organismes de recherche et des autorités régionales de la santé.
• Effectuer un sondage national sur les médecines parallèles.	• Statistique Canada.
• Rendre l'information disponible aux fournisseurs, aux patients, aux consommateurs et aux décideurs.	• ICIS, Statistique Canada, ICES, fournisseurs, consommateurs, ONG, groupes sans but lucratif, organismes de recherche et autorités régionales de santé.
• Effectuer des recherches sur les méthodes parallèles de soins de la santé (l'hypothèse étant qu'elles ont un meilleur rapport coût/efficacité) : 1) recherche sur l'efficacité; 2) information de la population.	• Voir ci-dessus.
• Élaborer des stratégies pour la création de normes concernant les dossiers des patients et les systèmes d'information et d'infrastructure de la santé.	• ICIS, Statistique Canada, ICES, fournisseurs, consommateurs, ONG, groupes sans but lucratif, organismes de recherche et autorités régionales de santé.
• Adopter une législation nationale sur la confidentialité.	• Voir ci-dessus.
• Construire un site Web qui offre un accès convivial et en temps réel à de l'information et à des données pertinentes au public, aux fournisseurs de soins de santé, aux chercheurs et aux décideurs.	• Voir ci-dessus.
• Déterminer quelles stratégies sont plus efficaces pour la diffusion et l'utilisation des données et de l'information.	• Voir ci-dessus.

GROUPE 2 : Participation, partenariat et collaboration

Le groupe a souligné le besoin d'une participation élargie au développement d'un système de santé de qualité et la nécessité d'établir des objectifs clairs et d'adopter un processus axé sur la transparence (sans objectifs cachés) et, si possible, dépolitisé.

On a insisté sur l'importance de développer quelques principes directeurs qui soutiennent tout processus de consultation sur le système de santé. Les principes suivants pourraient être adoptés :

- Étant donné que les consommateurs n'auront pas tous les mêmes attentes, le système doit être souple.
- La consultation doit se fonder sur la base de données objectives.

MESURES PROPOSÉES : PARTICIPATION, PARTENARIAT ET COLLABORATION

MESURES/STRATÉGIES PROPOSÉES	PARTICIPANTS
• Tenir une consultation publique sur les éléments fondamentaux qu'il importe d'inclure dans un système public de soins de la santé.	• Agence impartiale ou association optimale d'agences.
• Décider qui devrait mener la consultation et auprès de qui.	• Des «super-champions» à déterminer.
• Définir le processus de collaboration, y compris les obstacles à ce processus.	• Des «champions» (c.-à-d. influenceurs qui adoptent une cause donnée et en font une promotion énergique au sein de leur zone d'influence).
• Recueillir de l'information au moyen de méthodes innovatrices : groupes de réflexion, votes, sondages, Internet, organisation non traditionnelles, assemblées locales.	• Des «champions».

GROUPE 3 : *Vision, objectifs, politique et mesures à l'échelon national*

Le groupe a reconnu d'emblée l'existence d'un certain nombre de documents rédigés par certaines provinces et groupes qui se sont penchés sur la question de la vision d'un système de soins de santé, mais a souligné la nécessité d'élaborer une vision nationale sur la base d'une participation élargie. Un processus de consultation et de dégagement d'un consensus devrait être adopté, au cours duquel la population canadienne et divers groupes seraient invités à formuler leurs attentes concernant l'amélioration du système de soins de santé et la structure de prestation des services de santé. La nouvelle vision devrait refléter les perspectives de toutes les parties.

Le groupe a fait valoir que la nouvelle vision devrait aller au-delà de la *Loi canadienne sur la santé* et des services assurés pour inclure les soins à domicile, l'assurance-médicaments et les soins à long terme, divers services de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'une vaste gamme de fournisseurs. Elle devrait également tenir compte du développement des médecines parallèles.

Les membres du groupe ont souligné le défi que représente le fait d'élaborer une vision nationale qui englobe les niveaux provinciaux et régionaux, dans le cadre d'une approche axée sur les résultats concrets qui aille au-delà des concepts. Ils ont fait valoir que les guerres de territoire rendent plus difficile la mise en application des visions. Une fois la vision définie, il faudra mettre en application les aspects importants de la vision, ce qui implique une définition claire des rôles et des responsabilités aux niveaux fédéral, provincial et local. En outre, les indicateurs et les données devraient être liés au financement (p. ex. fonds basé sur la population en Saskatchewan). Le groupe a recommandé l'élaboration d'un ensemble de normes nationales et d'un certain nombre d'indicateurs de performance (plutôt que des indicateurs de résultats) sur la base desquels un système de vérification de la performance pourrait permettre d'évaluer aussi bien la totalité du système que certains secteurs ou programmes particuliers tels que les taux de mortalité et de morbidité, les temps d'attente et la satisfaction des patients. Les membres du groupe ont conclu qu'il faudra établir des objectifs à court, à moyen et à long terme et définir les responsabilités et les échéances, tout en dotant le système de mesures incitatives.

On a abordé la question de l'abordabilité, à savoir quelle est la capacité de payer des pouvoirs publics et qui en prendra la décision. L'avis de la population sera important dans la prise de cette décision.

Il sera nécessaire de définir des services de base* et des services exhaustifs** en mettant au point un processus permettant de faire cette distinction (basé sur des *données objectives; devra comprendre des projets pilotes; transparence; abordabilité; **responsabilité).

MESURES PROPOSÉES : VISION, OBJECTIFS, POLITIQUE ET MESURE À L'ÉCHELLE NATIONALE

MESURES/STRATÉGIES PROPOSÉES	PARTICIPANTS
• Mener une consultation élargie afin d'élaborer une vision nationale du système de santé.	• Gouvernements fédéral et provinciaux. • Consommateurs. • Fournisseurs de services en soins de santé. • Experts en santé et en systèmes d'information. • Organisations clés à l'échelle nationale.
• Créer un ensemble d'indicateurs de performance nationaux pour aider à mettre la vision en application.	• Gouvernements fédéral et provinciaux. • Fournisseurs de services en soins de santé.
• Sensibiliser le public et donner aux patients la capacité de participer aux indicateurs de performance. • Mener des études pilotes et d'évaluation.	
• Mettre en place un processus d'accréditation pour le système de santé qui se présente sous forme d'indicateurs accessibles pour le public.	

GROUPE 4 : Accès

Le groupe a défini l'accès comme étant la facilité avec laquelle les clients ou la collectivité peuvent obtenir les services demandés ou désirés dans le contexte le plus favorable et dans un délai raisonnable. Il faut noter que le sens du terme *facilité* est susceptible de varier selon les personnes et les groupes concernés, qu'il existe des programmes qui restreignent l'accès et qu'il est important d'effectuer une évaluation des besoins au sein des divers groupes de population. On a fait valoir que pour certains clients, l'accès n'est pas toujours facile; l'accès peut donc constituer un problème. Il doit par ailleurs exister un équilibre entre les services demandés et les services nécessaires.

Pour mieux cerner la notion d'accès, on a tenté de répondre aux questions suivantes : qui a besoin d'avoir accès aux soins de santé, l'accès à quoi, pourquoi, comment et quand. Les réponses à ces questions directrices apparaissent ci-dessous.

Qui : Tous les secteurs de la population : diversité géographique, personnes défavorisées/handicapées (personnes vivant sous le seuil de la pauvreté), personnes bien portantes, divers groupes ethno-culturels, groupes incluant plusieurs générations.

Quoi : Il s'agit d'un système (tous les secteurs et les intervenants clés) composé des éléments suivants :

- les services hospitaliers et médicaux;
- les services dans la collectivité (p. ex. santé publique, services communautaires);
- les services non assurés;
- d'autres services concernant le bien-être.

Pourquoi : Parce que cela est prévu par la Loi canadienne sur la santé; parce que cela constitue une exigence éthique et morale; parce que cela est équitable; pour offrir le choix; pour prévenir la maladie et les blessures; par conséquent, cela est rentable. L'accès est important :

- pour le maintien de la santé;
- pour le rétablissement de la santé.

Comment : Divers cadres et types de services (p. ex. soins de santé primaires, soins en établissement, soins de médecines douces, système de santé communautaire).

Quand : Lorsque cela est nécessaire; l'interprétation médicale des besoins des patients n'est souvent pas précise et ne devrait pas constituer le seul critère d'évaluation (p. ex. cas de la santé mentale); rapidité de l'identification et de l'intervention; prévention et promotion (avant que la maladie ou les blessures ne surviennent); facilité d'accès.

Les membres du groupe s'entendent pour dire que le terme d'accès fait référence à la facilité de bénéficier du service approprié dans un délai optimal, mais PAS sur demande ni à n'importe quel coût.

CE QUE L'ACCÈS VEUT DIRE ET CE QU'IL NE VEUT PAS DIRE

Ne veut pas dire	Veut dire
• À n'importe quel coût. • Sur demande. • Avantageux pour une partie de la population. • Limité par des considérations législatives.	• Facilité d'accès aux services appropriés et à temps. • Services non offerts à ceux qui n'en ont pas besoin. • Assorti d'un éventail d'options permettant au demandeur d'avoir le choix. • Capacité de reconnaître le rôle de tous les secteurs du système. • Pratique.

MESURES PROPOSÉES : ACCÈS

MESURES/STRATÉGIES PROPOSÉES	PARTICIPANTS
• Élaborer un plan de ressources humaines pour fournir des services de santé appropriés (c.-à-d. services disponibles dans un délai raisonnable).	• Planificateurs, décideurs, bailleurs de fonds, fournisseurs de soins de santé.
• Assurer l'accès physique des établissements aux personnes handicapées.	• Planificateurs, décideurs, bailleurs de fonds, fournisseurs de soins de santé.
• Éliminer les barrières d'attitude (de la part des fournisseurs) par rapport aux personnes handicapées et à d'autres groupes défavorisés.	• Fournisseurs, professionnels de la santé, éducateurs.
• Décourager l'accès lorsque celui-ci n'est pas nécessaire en sensibilisant le public sur l'utilisation des services et l'importance de la prévention.	• Planificateurs, professionnels de la santé, décideurs.
• Rendre le système culturellement accessible (c.-à-d. réduire les barrières linguistiques).	• Planificateurs, décideurs, groupes ethno-culturels.

GROUPE 5 : Définition des droits et des responsabilités

Les membres du groupe ont remarqué qu'il est important de bien définir qui est responsable de quoi à l'intérieur du système de la santé. Les fournisseurs, les patients, les collectivités et les gouvernements ont chacun leurs responsabilités propres. Le groupe croit que certains patients tirent profit des failles du système actuel, au sein duquel les responsabilités de chacun ne sont pas toujours clairement définies et les divers services et fournisseurs ne sont pas suffisamment bien intégrés. On croit qu'il faudra changer la philosophie actuelle du système de santé afin que la responsabilité ne soit plus axée sur les praticiens, mais sur les clients. La complexité actuelle du système fait en sorte que les responsabilités sont diluées. C'est pourquoi il faudra assurer une surveillance du système et publier régulièrement des rapports sur l'état du système dans un langage accessible à tous. La figure 2 ci-dessous illustre les trois principaux aspects d'un système de responsabilité axé sur le client.

Figure 2



MESURES PROPOSÉES : DÉFINITION DES DROITS ET DES RESPONSABILITÉS

MESURES/STRATÉGIES PROPOSÉES	PARTICIPANTS
• Créer une fiche de rendement nationale qui puisse s'appliquer aux niveaux régional, provincial et national.	• Utiliser les ressources et l'information existante au niveau provincial ou créer un organisme à un autre niveau.
• Nommer un vérificateur indépendant (indépendant du gouvernement) qui assure un leadership dans le développement des critères sur lesquels se fonderait un ensemble d'indicateurs pour la surveillance du système de santé.	• Nommé par des autorités législatives fédérales et provinciales.
• Créer un ensemble d'indicateurs servant à la surveillance du système de santé.	• Création des indicateurs par un groupe d'experts, puis validation par le public dans le cadre d'un processus de consultation.
• Informer le public sur les indicateurs. • Faire une évaluation régulière du système de santé et s'assurer que les changements soient faits sur la base des conclusions de l'évaluation.	• Tous les paliers de gouvernement et organisations non gouvernementales existantes participant à l'évaluation.

Ensemble vers les prochaines étapes

À la suite des présentations faites par chacun des petits groupes, on a tenu une séance plénière au cours de laquelle les participants ont été invités à identifier les mesures coopératives qui pourraient être entreprises dans la prochaine année afin de faire avancer le dossier. La liste ci-dessous fait état des mesures collectives proposées par le groupe, avec leurs responsabilités et leur échéancier respectif.

Mesure	Responsabilité	Échéancier
Rechercher les modèles (p. ex. processus de consultation et évaluations participatives) qui sont efficaces dans un contexte d'intervenants multiples (modèles déjà évalués, de préférence). <i>Le résultat doit être pratique plutôt que théorique.</i>	Financement par les gouvernements fédéral et provinciaux, mais faire un appel élargi.	D'ici les 12 prochains mois, c.-à-d. d'ici le 30 juin 1999.
Élargir le mandat de l'ICIS pour y inclure un institut ou réseau national de santé de la population incorporant la capacité de Statistique Canada, des centres provinciaux de recherche sur la santé (p. ex. ICES) qui sont autonomes par rapport au gouvernement.	Autorité gouvernante, avec financement par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.	D'ici les 12 prochains mois.
Élaborer un processus d'accord sur des normes nationales en matière d'architecture des données (caractéristiques du matériel et du logiciel informatiques).	Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et fournisseurs de données (hôpitaux, associations professionnelles nationales en santé, firmes de matériel et de logiciels informatiques).	D'ici les 12 prochains mois.

Mesure	Responsabilité	Échéancier
Examiner s'il existe une demande pour les fiches de rendement (c.-à-d. d'où les demandes proviennent et si elles seront nécessaires à l'avenir. Créer un groupe de réflexion qui décide de la pertinence des fiches de rendement, des modalités d'application et des éléments à y inclure).	CCASS, Santé Canada.	D'ici les 12 prochains mois.
Prendre appui sur les données existantes concernant les attentes des Canadiens et les valeurs d'un système de santé public (p. ex. ce que le système devrait inclure et de quoi il devrait être responsable). <i>Le processus devra être transparent et objectif.</i>	Financé par le gouvernement, mais relevant d'un Conseil objectif.	D'ici les 12 prochains mois.
- Mettre en place des processus pour : - Fixer des objectifs nationaux en matière de santé - Édicter des normes nationales pour les soins de santé - Évaluer les temps d'attente dans les programmes clés* (services d'urgences et de soins à long terme) * points stratégiques du système; pas tous.	- Santé Canada avec une participation élargie. - Santé Canada de concert avec les provinces. - Gouvernements provinciaux; Santé Canada assumera la coordination et les régions, les cliniciens et les groupes de consommateurs y contribueront.	À terminer d'ici juin 1999. Processus en place dans les 12 prochains mois. Processus en place dans les 12 prochains mois.

Mesure	Responsabilité	Échéancier
Élaborer des stratégies pour le partage de l'information (ce que nous savons) parmi les intervenants des soins de santé au Canada.	Tous les groupes ayant participé à l'atelier d'aujourd'hui.	D'ici les 12 prochains mois.
Chercher de nouvelles modalités de partage de l'information pour faire en sorte que tout le monde soit sur la même longueur d'onde (p. ex. projets de synthèse sur la recherche effectués à la demande de Santé Canada) avec les consommateurs, les fournisseurs, les agences de collecte de données, les gouvernements (p. ex. souligner et mettre en valeur certains éléments d'information importants et existants).		D'ici les 12 prochains mois.
- Identifier les brèches dans la prestation de services de soins de santé et l'information de qualité pour : - Les populations rurales/éloignées (se baser sur les travaux à l'échelle régionale sur l'évaluation des besoins en soins de santé; Manitoba);	Société des médecins en pratique rurale du Canada.	D'ici les 12 prochains mois pour TOUS les éléments ci-dessous.

Mesure	Responsabilité	Échéancier
- Les groupes défavorisés, handicapés; - Les populations multiculturelles; - Les populations autochtones.	Groupes communautaires (p. ex. Centre d'aide et de défense juridique pour les handicapés, Conseil des Canadiens avec Déficiences). Conseil canadien de la santé multiculturelle. Assemblée des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, Assemblée des Premières Nations, organisations des femmes, centres de ressources communautaires.	

Évaluation des ateliers

Les membres du groupe ont été invités à évaluer les ateliers et à donner leurs commentaires au cours d'une séance plénière.

Points favorables	Problèmes	Suggestions pour l'avenir
- Occasion de rencontrer des personnes venant d'horizons et d'endroits différents (confirmation et rehaussement de la confiance dans ce domaine). - Analyse des questions. - Niveau d'énergie de l'animateur.	- Absence de contribution à la compréhension de la complexité et de la profondeur des problèmes. - Difficulté d'assigner des responsabilités pour les différents problèmes soulevés.	- Possibilité d'un autre atelier dans un an pour faire avancer le dossier. - Faire participer l'industrie au débat. - Rehausser la puissance analytique de l'approche pour pouvoir traiter des questions de plus petite envergure plus en profondeur.

Conclusion

Le D^r Peter Vaughan et Barbara Ouellet ont remercié les membres du groupe pour leur participation et ont manifesté leur optimisme à la suite de la rencontre. Ils ont annoncé que le rapport de l'atelier serait distribué aux participants à la fin août ou au début septembre. Pour finir, ils ont encouragé les participants à échanger sur le document avec leurs collègues et ont dit espérer pouvoir poursuivre bientôt la discussion et la collaboration sur un certain nombre d'activités et de suggestions mises de l'avant au cours de cette rencontre.

Annexe A : **Liste des participants**

Mme Margaret Munro

Fédération des instituts féminins du
Canada
18, Catherwood Court
Kanata (Ontario) K2K 2K1
Tél. : (613) 591-5590

Dr Catherine Younger-Lewis

Fédération des femmes médecins du
Canada
283, rue King
Almonte (Ontario) K0A 1A0
Tél. : (613) 256-2738

M. K.P. Aujlay

Directeur exécutif
Conseil canadien de la santé multiculturelle
Chalmer's Lodge Personal Care
1450 West 12th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6H 1M9
Tél. : (604) 731-3178

Mme Sandra MacDonald-Rencz

Directrice
Div. des politiques, de la réglementation et
de la recherche
Association des infirmières et infirmiers du
Canada
50 Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2
Tél. : (613) 237-2133

Dr Taylor Alexander

Président et Chef de la direction
Association canadienne des soins et services
communautaires
45, rue Rideau, Bureau 701
Ottawa (Ontario) K1N 5W8
Tél. : (613) 241-7510

M. Leroy Fevang

Directeur exécutif
Association des pharmaciens du Canada
1785, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario) K1G 3Y6
Tél. : (613) 523-7877

Mme Elma G. Heidemann

Directrice exécutive
Conseil canadien d'agrément des
établissements de santé
1730, boul. St-Laurent, Bureau 430
Ottawa (Ontario) K1G 5L1
Tél. : (613) 737-3806

Mme Nancy Quattrocchi

Directrice
Administration et Finance
Office canadien de coordination de
l'évaluation des technologies de la du
Canada santé
Évaluation des technologies de la santé
110-955, croissant Green Valley
Ottawa (Ontario) K2C 3V4
Tél. : (613) 226-2553

Mme Marlene Ghattas

Directrice, Soins infirmiers
Association canadienne des soins de santé
3045, route Baseline
Nepean (Ontario) K2H 8P4
Tél. : (613) 721-4700, poste 2915

M. Denis Jeans

a/s de M. Denis Morrice
Président
La Société d'Arthrite
393, avenue University, Bureau 1700
Toronto (Ontario) M5G 1E6
Tél. : (416) 979-7228

Mme Bonnie Pape

Association canadienne pour la santé
mentale
2160, rue Yonge
Toronto (Ontario) M4S 2Z3
Tél. : (416) 484-7750

Dr Barbara Whyllie

Directrice
Affaires médicales et contrôle du cancer
Institut national du cancer du Canada
10, rue Alcorn, Bureau 200
Toronto (Ontario) M4V 3B1
Tél. : (416) 961-7223

Mme Kathleen Connors

Vice-Présidente
Congrès du Travail du Canada
2841, promenade Riverside
Ottawa (Ontario) K1V 8X7
Tél. : (613) 521-3400

M. Paul MacDonald

Agent principal de recherche
Health Services Utilization
Research Commission
Box 46, 103 Hospital Drive
Saskatoon (Saskatchewan) S7N 0W8
Tél. : (306) 655-1505

Mme Janet Robertson

Directrice, Affaires publiques
Medical Society of Nova Scotia
5, rue Spectacle Lake
City of Lakes Business Park
Dartmouth (Nouvelle-Écosse) B3B 1X7
Tél. : (902) 468-1866

Mme Mary Jane Hampton

Directrice exécutive
Planification stratégique et développement
de politiques
Ministère de la Santé
Immeuble Joseph Howe
1690, rue Hollis, 4^e étage
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
Tél. : (902) 424-3732

Mme Lynn Baker

Conseillère
Standards, Monitoring and Program
Evaluation
Manitoba Health
Room 402A - 800 Portage Avenue
Winnipeg (Manitoba) R3G 0N4
Tél. : (204) 945-3997

Mme Louise Ogilvie

Directrice
Gestion de l'information et normes
Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie, Bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8
Tél. : (613) 241-7860, poste 4014

Dr Catherine Cook

Medical Services Branch
300-391 York Avenue
Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1
Tél. : (204) 983-4960

Mme Patricia Hoes

Directrice intérimaire
Direction générale des services médicaux
Direction des programmes de santé des
Premières Nations et des Inuit
20^e étage, Pièce 2093D
Immeuble Jeanne-Mance
Ottawa (Ontario) K1A 1B4
Tél. : (613) 957-8367

Mme Johanne Irwin

Physician Services Consultant
Department of Health and Social Services
16 Garfield Street
Charlottetown (I.-P.-É.) C1A 7N8
Tél. : (902) 368-6736

Mme Barbara Brownlee

Associée de recherche
Conference Board du Canada
255, chemin Smyth
Ottawa (Ontario) K1H 8M7
Tél. : (613) 526-3280

Dr Michelle Gagné

Directrice générale
Association médicale du Québec
660-1000, rue de la Gauchetière ouest
Montréal (Québec) H3B 4W5
Tél. : (514) 866-0660

Mme Elsa Salomon

Responsable
Qualité de l'information
Association médicale du Québec
660 - 1000 rue de la Gauchetière ouest
Montréal (Québec) H3B 4W5
Tél. : (514) 866-0660

Mme Denise Lemire

Fédération nationale des femmes
canadiennes françaises
300-450, rue Rideau
Ottawa (Ontario) K1N 5Z4
Tél. : (613) 241-3500

Dr Tanis Day

Alliance of Five Research Centres on
Violence
Centre for Research on Violence Against
Women and Children
85, David Street
Kitchener (Ontario) N2G 1Y1
Tél. : (519) 744-6231

M. Allan McCulloch

Secrétaire national
La Voix - Le réseau des aîné(e)s
350, rue Sparks, Bureau 1005
Ottawa (Ontario) K1R 7S8
Tél. : (613) 238-7624

M. William Tholl

Directeur exécutif
Fondation des maladies du coeur du Canada
222, rue Queen, Bureau 1402
Ottawa (Ontario) K1P 5V9
Tél. : (613) 241-4361

Mme Dianne Steele

Association canadienne du diabète
15, rue Toronto, Bureau 800
Toronto (Ontario) M5C 2E3
Tél. : (416) 363-0177, poste 551

Mme Patty Bregman

Avocate et conseillère en santé
Conseil des Canadiens avec Déficiences
a/s de CADJH
40, boul. Orchardview, Bureau 255
Toronto (Ontario) M4R 1B9
Tél. : (416) 482-8255

M. Joseph Diamond

Gestionnaire intérimaire
Division des systèmes de santé
Direction générale de la promotion et des
programmes de la santé
Santé Canada
Pièce 1700A, Imm. Jeanne-Mance
Repère postal 1917D
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 1B4
Tél. : (613) 954-8640

Dr Victor Dirnfeld

Président
Association médicale canadienne
1867, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario) K1G 3Y6
Tél. : (613) 731-8610

Mme Barbara Ouellet

Directrice
Groupe pour la qualité en soins de santé
Direction de l'information et de la politique
de la santé
Direction générale des politiques et de la
consultation
Santé Canada
Pièce 1434B, Imm. Brooke Claxton
Repère postal 0914B
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 954-1930

Mme Pauline Chartrand

Conseillère principale en politique
Développement des soins à domicile
Santé Canada
Pièce 1364D, Imm. Brooke Claxton
P.L. 0904A
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 941-9854

M. Stephen Chase

Department of Health and Community
Services
Coordinator, Federal Provincial Relations
Planning and Evaluation Division
520 King Street, 7th floor
Box 5100
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8
Tél. : (506) 444-4050

Dr Peter Vaughan

Directeur
Direction des Affaires professionnelles
Association médicale canadienne
1867, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario) K1G 3Y6
Tél. : (613) 731-8610

Animateurs des petits groupes :

Glen Brimacombe, CMA
Jan Kirchner, InPro Consulting
Paul Genest, Santé Canada
Su Soloway, CMA
Jocelyne Lavergne-Robenhymmer, Santé
Canada

Mme Susan Beardall

Gestionnaire principale de projet
Direction de la recherche
Association médicale canadienne
1867, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario) K1G 3Y6
Tél. : (613) 731-8610

Mme Pamela Thompson

Présidente
InPro Consulting Inc.
53, rue Vaan
Nepean (Ontario) K2G 0C4
Tél. : (613) 224-3625

Secrétaires rapporteurs :

John Feeley, CMA
Millicent Toombs, CMA
Sheri Newton, CMA
Janet Mann, Santé Canada
Louise Bouchard, Santé Canada

Annexe B

Ordre du jour – 22 juin 1998, Château Laurier

8h30 - 9h	Café et muffins
9h - 9h15	Mot de bienvenue et présentation des activités (Barbara Ouellet, Directrice, Systèmes de la santé, Santé Canada et le Dr Peter Vaughan, Directeur, Affaires professionnelles, Association médicale canadienne) Présentation de l'animateur Objectifs et programme des activités (Pam Thompson, Présidente, InPro Consulting Inc.)
9h15 - 10h	Vision d'un système de santé de qualité : <i>ce que doit inclure un système de santé de qualité, d'après la documentation déjà remise</i>
10h00 - 10h15	PAUSE
10h15 - 11h30	Analyse des problèmes : Quels sont les principaux problèmes et questions liés à l'avancement vers un système de santé de qualité (séance dirigée de remue-méninges suivie d'une réflexion sur les thèmes et l'établissement de leurs priorités)
11h30 - 12h30	Ateliers en petits groupes (5 groupes préformés représentatifs des divers secteurs, chacun avec un animateur et un rapporteur)
12h30 - 1h30	DÉJEUNER (ensemble)
1h30 - 2h45	Ateliers en petits groupes (suite)
2h45 - 3h15	Séance plénière : Résultats des ateliers en petits groupes (<i>5" par groupe; introduction par Pam Thompson</i>)
3h15 - 3h30	PAUSE
3h30 - 4h05	Ensemble vers les prochaines étapes (<i>Animatrice : Pam</i>)
4h05 - 4h15	Conclusion (Barbara Ouellet et le Dr Peter Vaughan)
4h15 - 4h30	Évaluation des ateliers (<i>avec animation</i>)

Annexe C

Vision d'un système de santé de qualité

Caractéristiques d'un système de santé de qualité :

- Chaque Canadien doit avoir un accès équitable et rapide au système de santé, sans égard à son endroit de résidence (milieu urbain ou rural, etc.).
- Une vision directrice globale de la santé fondée sur les déterminants de la santé.
- Un équilibre et une intégration des services curateurs, préventifs et sociaux.
- Un financement adéquat.
- Des normes.
- Une définition claire des responsabilités.
- Démocratie et représentativité (participation de tous, y compris des groupes de travailleurs et de citoyens).
- Les consommateurs doivent être satisfaits des services reçus.
- La prise de décision dans la prestation des services doit se fonder sur des données concrètes et objectives.
- Élimination des barrières qui empêchent l'accès des personnes handicapées ou défavorisées aux services.
- Utilisation de critères de mesure de la qualité qui reflètent les valeurs des personnes et leur qualité de vie, et non l'interprétation de celles-ci par un tiers.
- Réceptivité : le système doit répondre aux besoins des personnes qui l'utilisent ainsi qu'aux changements de l'environnement.
- Compétence : il faut adopter la meilleure voie à suivre pour remplir la mission du système (du point de vue du fournisseur, il faut favoriser la participation du public aux soins; il faut aussi faciliter la prise de décision par les décideurs).
- Orientation selon trois aspects fondamentaux : les **PERSONNES** (professionnels bien formés, fortement motivés), les **LOCAUX** (établissements, domiciles et lieux de travail bien équipés et bien gérés) et le **MATÉRIEL** (technologie de pointe, y compris les technologies de l'information).
- Choix stimulant (de **fournisseurs** tels que les médecins, les infirmières, les sages-femmes) et de fournisseurs auxiliaires de **locaux** et de **bâtiments** (cliniques de santé communautaires, cabinets privés, etc.).
- Rentabilité.

- Dépolitisation (réceptivité aux besoins du public, et non aux intérêts des politiciens; aussi, dépolitisation de la relation entre les fournisseurs et les agences de soins de santé).
- Sensibilité et compassion.
- Un système qui : possède un cadre qui en fait l'originalité; possède la capacité de s'intégrer et de se réguler; est constitué de plusieurs groupes d'intérêt; ces groupes d'intérêt ont un ou plusieurs objectifs communs.
- Soutien et encouragement des pratiques parallèles de soins de santé en vertu des principes selon lesquels (1) les causes de la maladie sont souvent de nature à la fois psycho-spirituelle et physique et (2) les consommateurs qui décident de faire appel à des pratiques parallèles adoptant une stratégie préventive (p. ex. chiropractie) entraînent une économie d'argent à long terme.
- Reconnaissance de l'existence de douzaines de méthodes de soins parallèles et leur inclusion.
- Une définition claire et acceptable de la santé (p.ex. définition de l'OMS).
- Soins de santé, non pas seulement soins de la maladie.
- Orientation résultats; capacité d'auto-surveillance et de mesure de la performance.
- Pour la surveillance, utilisation de données valides et cliniquement pertinentes, pas seulement basées sur des données administratives.
- Processus d'amélioration continue de la qualité et adoption de mesures incitatives à cette fin au sein du système.
- Dispositifs adéquats pour la protection de la vie privée et de la confidentialité de l'information de santé.
- Financement fédéral adéquat pour assurer l'adhésion des provinces aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.
- Passer d'un système d'assurance à un système d'investissement (c.-à-d. passer d'une philosophie d'assurance contre les coûts catastrophiques associés à la maladie à une philosophie qui investit dans la santé, ce qui implique aussi de faire des choix différents).
- Liens entre les résultats, la pertinence clinique et l'accès (pour améliorer l'accès aux choses qui sont les plus importantes, sur la base de la pertinence).
- Le système doit comprendre des mécanismes incorporés d'évaluation et d'amélioration de son efficacité et de son efficacité.
- Le système doit être basé sur les besoins, et non sur les désirs.
- Il ne faut pas perdre de vue qu'il existe un Canada rural.
- Il faut respecter et reconnaître la médecine parallèle/douce (reconnaître la mosaïque culturelle de la population canadienne).

- Les professionnels doivent avoir été formés pour savoir prévenir et traiter les problèmes médicaux courants et promouvoir la santé selon les pratiques médicales courantes, dans toutes les régions du pays.
- Application équitable de tous les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, en accord avec toutes ses dispositions.
- Il faut intégrer au système un mécanisme de résolution des différends.
- Médecine douce fondée sur des données objectives.
- Innocuité, efficacité et standardisation des remèdes de la médecine douce.
- Déterminants de la santé (p. ex. travail pour tous; logement; déterminants sociaux).
- Bonne information, disponible en temps réel et transparente (c.-à-d. disponible à tous).
- Patients informés (éducation et information) capables de choisir les bons fournisseurs.
- Processus de prise de décision transparent.
- Évaluation régulière des besoins changeants de la population.
- Toujours mettre au premier plan l'intérêt du patient.

Annexe D

Questions et problèmes à résoudre dans la progression vers un système de santé de qualité

- Comment faire pour fixer les objectifs (de santé) pour le Canada (le Canada est un des rares pays qui ne s'en est pas encore doté).
- Comment faire pour bâtir un système de mesure et d'évaluation de la progression vers les objectifs de santé.
- Il devrait exister une vision commune du système de la santé au Canada et que les différents intervenants travaillent de concert en vue d'atteindre ces objectifs.
- Il faudrait que le gouvernement fédéral s'affirme davantage en assurant le leadership en matière de développement d'une politique nationale de la santé et de normes nationales en soins de santé.
- Il faudrait regagner la confiance de la population dans le système de soins de santé.
- Comment faire pour informer la population et communiquer avec elle pour rétablir ce lien de confiance.
- Comment faire pour définir quelles sont exactement nos attentes par rapport au système (promotion de la santé, soins des malades, etc.).
- Comment faire pour trouver un équilibre entre nos besoins et notre capacité de payer.
- Il faudrait que le système de santé saisisse l'importance de collaborer avec d'autres secteurs pour améliorer la santé.
- Comment faire pour assurer une collaboration intersectorielle efficace.
- Comment faire pour valider et légitimer les connaissances et l'expertise du consommateur.
- Il faudrait que tous aient un accès égal à un système élargi de services.
- Comment faire pour créer un système d'évaluation qui soit vraiment universel et traite toutes les personnes sur un pied d'égalité (p. ex. handicapés et autres groupes défavorisés).
- Comment faire pour permettre aux organisations de fournisseurs de participer aux activités d'évaluation (c.-à-d. comprendre la notion de qualité et se doter de ressources leur permettant de participer utilement aux activités).
- Comment faire pour sensibiliser la profession médicale aux méthodes de guérison parallèles.

- Comment faire pour financer la recherche sur les pratiques de médecine parallèle.
- Comment faire pour favoriser la référence croisée des patients entre les médecins et les praticiens des médecines parallèles.
- Il faudrait que la violence soit reconnue comme un problème de santé.
- Il faudrait empêcher que les intérêts matériels des sociétés commerciales n'empiètent sur la définition de la réalité des soins de santé.
- Il faudrait que le système reste financé par l'État et de plus en plus accessible au public.
- Il faudrait que les ministères provinciaux ne portent pas atteinte à l'autorité absolue de la *Loi canadienne sur la santé*.
- Il faudrait que le gouvernement fédéral rétablisse le financement aux transferts fédéraux qui ont été abolis.
- Il faudrait que le système de soins de santé élimine les contraintes de la budgétisation en silo pour que soit reconnue la rentabilité de divers services qui transcendent un budget spécifique.
- Comment faire pour développer un authentique système d'information de santé intégrée.
- Il faudrait créer un processus coordonné de diffusion de données et d'information fiables et valides pour favoriser l'amélioration de la santé et sa prise en charge par la population.
- Il faudrait faire en sorte que les professionnels de la santé, le personnel soignant, les défenseurs des patients et les patients aient accès aux outils d'aide à la décision fondés sur les données objectives (p. ex. lignes directrices cliniques et information sur la santé).
- Il faudrait doter le système d'un processus équitable, logique et efficace d'évaluation de la formation et des qualifications des professionnels de la santé formés à l'étranger.
- Il faudrait que les intervenants arrêtent de tenir pour acquis qu'il existe un lien direct et constant entre le financement et la qualité.
- Il faudrait comprendre pourquoi les données ne se traduisent pas toujours en pratique.
- Il faudrait une meilleure coordination entre les services aussi bien à l'intérieur de chacune des différentes composantes du système de soins de santé qu'entre ces composantes (p. ex. entre les hôpitaux et les autres centres de soins).
- Il faudrait que le système de soins de santé soit davantage centré sur le consommateur plutôt que sur les fournisseurs.
- Il faudrait adopter une approche plus proactive que réactive à l'intérieur du système de soins de santé (p. ex. mettre sur pied davantage de programmes préventifs et de dépistage).

- Il faudrait que la relation entre les professionnels des soins de santé et les sociétés pharmaceutiques soit régie par un code d'éthique auquel tout le monde se conforme.
- Il faudrait accorder une plus large part à la participation des consommateurs au processus d'assurance de la qualité plutôt que de le faire uniquement reposer sur les litiges ou les plaintes.
- Il faudrait établir une définition claire de l'assurance-santé sur le plan du système de santé, de son processus et des résultats.
- Il faudrait mettre par écrit les droits et les attentes des consommateurs par rapport au système de santé et d'assurance-santé.
- Comment faire pour définir une gamme complète de services nécessaires ou de base aux fins du financement public et s'assurer que le processus est adaptable et souple.
- Comment faire pour démarrer un dialogue public qui aille au-delà des groupes d'intérêt particuliers.
- Il faudrait que l'enseignement des professionnels de la santé soit révisé afin d'accorder une plus grande place aux aspects culturels.